障害福祉サービスに係る情報提供書（復職支援型）

作成年月日　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 |  |
| 住　所 |  | | |
| 休職期間  （現在） | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 | | |
| 休職期間  （最長） | 令和　　年　　月　　日　まで（最長で認められる休職期間） | | |
| １、貴社による復職支援の実施は可能であるか（否の場合は２へ）  可　　　　・　　　　否  ２、休職から復職を目指すにあたり、障害福祉サービスの利用を認めるか。  認める　　　・　　認めない  認めない場合の理由 | | | |
| 会社名：  所在地：  連絡先：  担当者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | |